



Transferierungsbericht

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| NÖ Landeskindergarten | Telefonnummer |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse (Strasse/Nummer, PLZ/Ort) | Gemeinde |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Name des Kindes | Familiename | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Geschlecht |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sozialversicherungsnummer | Erziehungsberechtigte/r Name | | Telefonnummer | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Erstsprache(n) | Adresse | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Wichtige Informationen für medizinische Notfälle (z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.) | Tetanusimpfung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="text"/> | | | |

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wird im Falle eines Unfalles vom Personal des NÖ Landeskindergartens ausgefüllt

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| Anwesende Betreuungsperson | Datum | Uhrzeit |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc..) | | |
| <input type="text"/> | | |

Datum

Unterschrift der Betreuungsperson